

TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO¹

GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF SMALL BOWEL: A CASE REPORT¹

Renato Raulino Moreira², Pablo de Melo Maranhão Pereira³, João Eduardo de Sena de Souza Pinto⁴, Jund da Silva Regis⁵, Rodrigo Ferreira da Rocha⁶ e Bárbara Augusta Macedo Martins e Silva⁷

RESUMO

Objetivo: relatar um caso de tumor estromal gastrointestinal (GIST) de intestino delgado em um paciente residente no município de Mocajuba-PA, ano de 2012. **Método:** as informações foram obtidas através de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e procedimentos cirúrgicos, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. **Considerações Finais:** o caso relatado contraposto com a literatura acerca da doença em questão, mostra a escassez de sintomas de um paciente com GIST e a necessidade de tratamento precoce.

DESCRITORES: tumores do estroma gastrointestinal, neoplasias gastrointestinais, trato gastrointestinal.

INTRODUÇÃO

Os tumores estromais gastrintestinais, também chamados de GIST, são neoplasias mesenquimais mais comuns do trato gastrintestinal¹; tais tumores são originários a partir das células intersticiais de Cajal, as quais são responsáveis pela motilidade intestinal e expressam a proteína c-Kit².

Os GIST acometem, praticamente, todo o tubo digestório, desde a metade distal do esôfago até a região ano-retal. A apresentação mais frequente é a estomacal, apresentando-se em cerca de 60% dos casos, seguido pelo intestino delgado (30%), cólon e reto (5%) e esôfago (5%)³.

É importante observar que inicialmente os pacientes apresentam sintomas inespecíficos, tendo como

diagnóstico complementar, um marcador tumoral CD-117, sendo que, a tomografia computadorizada (TC) de abdomen é tido como o método diagnóstico padrão ouro para o diagnóstico da doença em questão¹.

O tratamento da doença localizada é feito por ressecção cirúrgica completa, sendo esta, a única forma de cura⁴, além de quimioterapia com mesilato de imatinibe para as metástases e tumores irrissecáveis⁵.

Destarte, é importante lembrar que o tempo do estadiamento e diagnóstico é um dos fatores relativos a um bom prognóstico, visto que a manifestação de metástases é fator de sobrevida reduzida⁵. Ressalta-se, que mais da metade dos pacientes submetidos à tal procedimento apresentarão recidiva, principalmente, no peritônio e fígado⁴.

¹ Trabalho realizado pelo Serviço de Cirurgia Geral da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMPA

² Médico Residente do 2º ano do Serviço de Cirurgia Geral da FSCMPA, formado pela Faculdade Atenas, Paracatu-MG

³ Médico Residente do 1º ano do Serviço de Cirurgia Geral da FSCMPA, formado pela Universidade do Estado do Pará

⁴ Médico Residente do 2º ano do Serviço de Cirurgia Geral da FSCMPA, formado pela Universidade Federal do Pará

⁵ Médico Residente do 2º ano do Serviço de Cirurgia Geral da FSCMPA, formado pela Universidade Federal do Pará

⁶ Cirurgião Geral do Serviço de Cirurgia Geral da FSCMPA, formado pela Universidade Federal do Pará

⁷ Graduanda do curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA

OBJETIVO

Relatar um caso de tumor estromal gastrointestinal (GIST) de intestino delgado em um paciente de 73 anos, aposentado e residente no município de Mocajuba-Pará no ano de 2012.

RELATO DE CASO

Paciente, JCAC, 73 anos, aposentado, procedente da cidade de Mocajuba-PA, procurou o HPSM-HMP, em Belém-Pará, com queixa de astenia e mal estar geral associado a fezes escurecidas e por vezes com presença de sangue vermelho vivo, sendo encaminhado a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará para acompanhamento com a clínica médica. Durante a internação, apresentou, ainda, astenia e episódio de síncope relatado e histórico de transfusão de 6 bolsas de concentrado de hemáceas prévio.

Ao exame, o paciente apresentava-se em bom estado geral, consciente e orientado no tempo e espaço, acianótico, anictérico, afebril ao toque, hipocorado(3+/4+) e eupneico; apresentava ao exame físico: abdome globoso, normotenso, doloroso à palpação profunda em hipocôndrio esquerdo. Ruídos hidroaéreos presentes. Descompressão brusca negativa.

Paciente apresentava índice de hemoglobina de 6.34 g/dl, sendo administrado ao paciente 2UI de concentrado de hemácias, com melhora do quadro de astenia, mas o paciente ainda apresentava hematoquezia, além de dor abdominal, principalmente, em região de mesogástrico. Solicitou-se, então, uma avaliação da cirurgia geral, que requisitou tomografia computadorizada de abdome para elucidação diagnóstica.

A tomografia de abdome evidenciou espessamento parietal focal, localizado em topografia de jejuno, de aproximadamente 4cm, com realce após administração de contraste, determinando estreitamento luminal.

CONDUTA

Realizada laparotomia exploradora com enterectomia de 10cm, contendo lesão tumoral a 180cm do ângulo de Treitz, retirada margem de segurança de 3,5cm e enteroentero-anastomose em dois planos por sutura intermitente - “pontos separados” - com fio caprofyl® (poliglicaprone 25) 3-0.



Fig.1: Peça enviada para histopatológico apresentando lesão tumoral



Fig.2: Peça contendo lesão tumoral aberta

Peça encaminhada à histopatologia que evidenciou neoplasia folicular parietal intestinal de histogênese não definida, sendo realizada, também, imunohistoquímica que concluiu que na peça havia um tumor estromal gastrointestinal (GIST), fusocelular.

SEGUIMENTO

Paciente evoluiu, satisfatoriamente, durante o pós-operatório, recebendo alta hospitalar e sendo encaminhado ao serviço de oncologia do Hospital Ophir Loyola, onde, após avaliação, descartou-se uso de quimioterapia e não apresentou dores abdominais recorrentes, hemorragia digestiva baixa ou recidiva do quadro.

Recebeu alta do serviço de oncologia, retornou ao serviço de cirurgia geral da FSCMPa, após um ano do procedimento, não apresentando qualquer queixa.

DISCUSSÃO

Ao observar o caso relatado, verificou-se a inespecificidade dos sintomas relacionados ao GIST em questão, sendo que muitas vezes esses sintomas podem até não se manifestar, precocemente, podendo, apenas, se mostrar quando paciente apresentar manifestações mais graves, como por exemplo metástases^{1,4}.

É importante observar que o sangramento gastrointestinal pode ocorrer em um quarto dos pacientes, que em geral ocorre por via alta.⁶

É importante lembrar que o tratamento curativo da doença é feito por ressecção total do tumor, além de tratamento quimioterápico, quando indicado, com mesilato de imatinibe - Gleevec® - nos tumores irressecáveis, com marcador CD-117 positivo, ou metastáticos⁵.

No paciente em questão, foi indicado somente tratamento cirúrgico. Observa-se que o paciente não apresen-

tou recidiva no primeiro ano, indicando que, inicialmente, o tratamento proposto foi bem sucedido trazendo melhora na qualidade de vida do paciente logo após a cirurgia.

Observa-se também a questão da necessidade da realização da imunohistoquímica para o diagnóstico definitivo da doença, visto que apenas o histopatológico não dá diagnóstico definitivo de GIST.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado, contraposto com a literatura, em relação aos tumores estromais gastrointestinais, alerta para a escassez de sintomas de um paciente com GIST, observando um sintoma não muito comum, que é a hemorragia digestiva baixa, visto que se encontra em geral, hemorragia digestiva em um quarto dos pacientes que na sua grande maioria das vezes é alta.

É importante também atentar para a necessidade de tratamento precoce, evitando complicações tardias da doença.

SUMMARY

GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR OF SMALL BOWEL: A CASE REPORT

Renato Raulino Moreira, Pablo de Melo Maranhão Pereira, João Eduardo de Sena de Souza Pinto, Jund da Silva Regis, Rodrigo Ferreira da Rocha e Bárbara Augusta Macedo Martins e Silva

Objective: report a case of gastrointestinal stromal tumor of small bowel of a lender in the city of Mocajuba-PA in 2012. **Methodology:** the necessary data was obtained by medical chart review, interview with the patient, photographic register of the image diagnose exams and surgical procedures that were performed and literature review. **Final considerations:** this case opposed to the literature on the disease in question shows a lack of symptoms of a patient with GIST and the need for early treatment.

KEYWORDS: gastrointestinal stromal tumors, gastrointestinal neoplasms, gastrointestinal tract

REFERÊNCIAS

1. Aquino IM, Faucz RA, Gonzalez FM, Macedo LL, Torres LR, Tornin OS, et al . Tumor do estroma gastrintestinal: achados clínicos, radiológicos e anatomopatológicos. Radiol Bras [serial on the Internet]. 2007 June [cited 2014 Feb 20] ; 40(3): 149-153.
2. Gonçalves R, Herchenhorn D, Linhares E, Romano S, Valadão M, Vilhena B, et al . Tumor estromal gastrointestinal: análise de 146 casos do centro de referência do Instituto Nacional do Câncer - INCA. Rev. Col. Bras. Cir. [serial on the Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Feb 20] ; 38(6): 398-406.
3. Iglesias AC, Oliveira CAB, Oliveira RPB, Pannain VL, Portari FPE, Salomão AR. Tumor estromal gastrointestinal: análise de fatores relacionados ao prognóstico. Rev. Col. Bras. Cir. [serial on the Internet]. 2007 Dec [cited 2014 Feb 20] ; 34(6): 374-380.
4. Almeida FAZ, Ferronato BR, Padilha SL, Uratani LF, Vianna KCM, Zanis Neto J. Tumor estromal gastrointestinal: experiência

no tratamento da doença localizada e avançada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná; Revista Brasileira de Cancerologia

5. Valadão M et al. Novas perspectivas no tratamento do GIST. Revista Brasileira de Cancerologia 2006; 52(4): 373-379.
6. Candelaria M, De la Garza J, Dueñas-González A. A clinical and biological overview of gastrointestinal stromal tumors. Med Oncol. 2005;22(1):1-10.

Endereço para correspondência:

João Eduardo de Sena Souza Pinto

Av. Governador Magalhães Barata, 979, apto. 901

São Brás, Belém-PA

CEP: 66063-904

telefone: (91)8455-8008

Renato Raulino Moreira

Av. Comandante Brás de Aguiar, 704, apto. 301

Nazaré, Belém-PA

CEP: 66035-415

telefones: (91) 83839616/ (91) 84190618

Recebido em 21.02.2014 – Aprovado em 30.04.2014